Tipo do Documento	**PROTOCOLO**	PRT.UMUL.015 – Página 1/16	
Título do Documento	**DIAGNÓSTICO E MANEJO DA DISTÓCIA DE OMBROS**	Emissão: 23/10/2026 Versão: 01	Próxima revisão: 23/10/2028

SUMÁRIO

1. OBJETIVO 2

2. INTRODUÇÃO 2

3. PREVENÇÃO DA DISTÓCIA DE OMBRO 2

4. DIAGNÓSTICO DA DISTÓCIA DE OMBRO 3

5. MANEJO INICIAL DA DISTÓCIA DE OMBRO 4

6. MANOBRAS NA DISTÓCIA DE OMBRO 4

6.1. Manobras em pacientes em posição de litotomia 5

6.1.1. Manobras de McRoberts e Rubin I 5

6.1.2. Manobra de Jacquemier 6

6.1.3. Manobra de Shrug 7

6.1.4. Manobra de Menticoglou 7

6.1.5. Gaskin ou em "largada de corrida" 8

6.1.6. Manobras Rotatórias Internas 9

6.1.7. Manobras de última instância (resgate) 9

6.1.8. Manobra de Zavanelli 10

6.1.9. Resgate abdominal 11

6.2. Manobras em pacientes em posições verticais 11

7. COMPLICAÇÕES 13

8. DESCRIÇÃO ADEQUADA (PRONTUÁRIO) 13

9. FLUXOGRAMA COM DOIS ALGORITMOS 14

10. REFERÊNCIAS 14

11. HISTÓRICO DE REVISÃO 16

1. OBJETIVO

Este protocolo tem por objetivo capacitar toda a equipe que assiste partos vaginais no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) para o diagnóstico e manejo da distocia de ombros (DO).

2. INTRODUÇÃO

2.1. Definição e fisiopatologia

A Distócia de Ombros é uma emergência obstétrica predominantemente imprevisível e não prevenível, que se caracteriza pela impactação do ombro fetal anterior na sínfise púbica materna após a exteriorização do polo cefálico, e que necessite de manobras tocúrgicas adicionais à tração suave descendente (manobra cabeça-ombro). Pode haver também impactação do ombro fetal posterior no promontório sacral materno, o que agrava a DO. [1] A impactação ocorre quando o diâmetro biacromial é maior que o diâmetro anteroposterior da pelve e pode ser consequência de uma falha na rotação dos ombros para o diâmetro oblíquo no momento da entrada do diâmetro biparietal na pelve. Essa falha de rotação, por sua vez, altera o processo fisiológico onde o ombro posterior desce na frente do ombro anterior em um diâmetro oblíquo. [5]

O objetivo do tratamento da DO é prevenir principalmente asfixia fetal, paralisia braquial permanente e morte, mas também lesões neonatais e lacerações de trajeto. Para tanto, é imprescindível que a equipe de assistência tenha uma atuação organizada, com sequenciamento rápido e hábil das manobras de delivramento. [1][5]

3. PREVENÇÃO DA DISTÓCIA DE OMBRO

Não é recomendada pelvimetria clínica ou exames de imagem de rotina, pois não são úteis para identificar mulheres com risco aumentado de DO. [1]

A biometria fetal levemente anormal não é preditiva de DO. [1]. A cesárea eletiva apenas mostrou-se eficaz em reduzir a DO para fetos de mães diabéticas com peso estimado acima de 4500g, ou para os fetos com peso estimado maior que 5000 g na ausência de diabetes, desde que avaliados dentro de uma semana do parto [1]

A cesárea intraparto pode ser benéfica nos casos de segundo período prolongado (4 horas nas primíparas com analgesia, 3 horas nas primíparas sem analgesia ou multíparas com analgesia e 2 horas nas multíparas sem analgesia) em parturientes diabéticas com peso fetal estimado entre 4000 e 4500 g, ou em parturientes não diabéticas com peso fetal estimado entre 4500 e 5000 g. [1]

Também é sugerida cesárea intraparto no lugar de parto vaginal operatório na pelve média para fetos com peso estimado maior que 4000g, na vigência de segundo período prolongado.

Nas pacientes com história de DO prévia, principalmente se lesão neonatal grave, o risco de recorrência e os demais fatores de risco da gestação atual devem ser considerados na tomada de decisão da via de parto. (1)

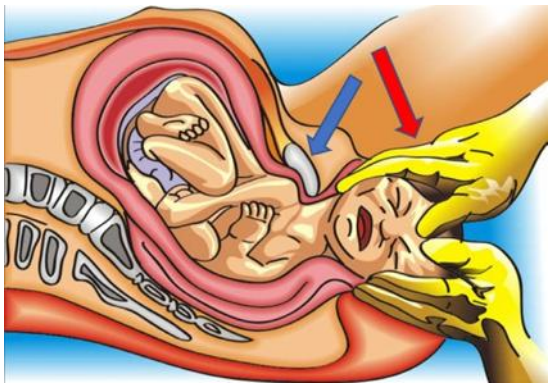
4. DIAGNÓSTICO DA DISTÓCIA DE OMBRO

É marcante a subjetividade do diagnóstico e da gravidade da DO. O evento fica mais evidente diante da falha da manobra cabeça-ombro e/ou da retração da cabeça fetal para o períneo, determinada pela tração reversa do ombro impactado na entrada da pelve (sinal da tartaruga).

O diagnóstico de distocia de ombro é predominantemente clínico, caracterizado pela necessidade de manobras adicionais para o desprendimento dos ombros após falha da tração axial suave habitual. O intervalo superior a 60 segundos entre o desprendimento cefálico e o nascimento do corpo é um critério objetivo proposto, ainda sem validação suficiente para ser utilizado isoladamente no diagnóstico. (6,7)

Na ausência de sinais de impactação e de comprometimento fetal, pode-se aguardar a restituição espontânea e o desprendimento dos ombros com a próxima contração, mantendo observação contínua e registro do intervalo cabeça–corpo. Diante de sinais de impactação, como retração da cabeça contra o períneo, ou falha do desprendimento com tração axial suave, deve-se reconhecer a distocia, acionar ajuda e iniciar imediatamente as manobras, sem aguardar nova contração ou um limite de tempo preestabelecido. (6,7)

Figura 1 - Manobra cabeça-ombro



Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

*seta azul: impactação do ombro anterior atrás da sínfise púbica; seta vermelha: pressão inferior exercida no polo cefálico na manobra cabeça-ombro.

5. MANEJO INICIAL DA DISTÓCIA DE OMBRO

O manejo da DO tem o objetivo de completar o desprendimento fetal com segurança, antes da asfixia e lesão cortical decorrentes da compressão do cordão umbilical e do impedimento da inspiração, evitando lesões neurológicas periféricas ou outros traumas fetais e/ou maternos. O tempo limite ante asfixia é cinco minutos. [1][2]

Diagnosticar prontamente e comunicar a equipe e a paciente. Delegar funções a equipe para atuação efetiva deles. O profissional responsável pela assistência ao parto no momento do reconhecimento da distócia deve liderar a equipe com comunicação clara, definir quem: marcará momento do diagnóstico, cronometragem da assistência, orientar a paciente sobre não realizar puxos voluntários. Nos partos conduzidos pela Enfermagem Obstétrica, reconhecer, acionar equipe médica, atuar até chegada do médico, permanecendo como suporte.

Após diagnóstico de distocia de ombro, o obstetra mais experiente deve assumir o acompanhamento do parto. **Imprescindível:**

- **Não exercer tração excessiva para liberação dos ombros e não pressionar o fundo uterino**, uma vez que essas ações se associam ao estiramento do plexo braquial, agravamento da impactação e rotura uterina. [1]
- **Não seccionar o cordão umbilical antes da liberação dos ombros**, pois essa ação não contribui para a resolução da DO e reduz ainda mais a oxigenação do feto. Se presentes, as circulares de cordão devem ser liberadas sem secção. [1]
- **Evitar a realização de episiotomia**, uma vez que o procedimento não resolve a DO, que é resultante de impactação óssea. Entretanto, diante da necessidade de manobras internas, a episiotomia pode ser necessária nos casos em que a resistência perineal dificulta a execução das manobras. A sondagem vesical também pode ser necessária. [1]
- **Promover comunicação eficiente dos membros da equipe assistencial**, que devem receber informações claras e objetivas das ações realizadas e dos desfechos, evitando repetição desnecessária de manobras e otimizando o manejo em tempo oportuno. [1]

6. MANOBRAS NA DISTÓCIA DE OMBRO

As evidências sobre a eficácia e o sequenciamento das diversas manobras são escassas. Portanto, não existe definição sobre qual manobra é superior a outra e nem sobre qual é a sequência de manobras ideal. As manobras tentam resolver a DO por meio de **três mecanismos**:

1. Ampliação das dimensões pélvicas maternas.
2. Redução do diâmetro biacromial fetal por meio da adução dos ombros ou da remoção do braço posterior.

3. Modificação na relação entre o diâmetro biacromial do feto e a pelve óssea materna, girando o tronco fetal para o diâmetro oblíquo da pelve (mais amplo) e descompactando o ombro anterior por trás da sínfise púbica ou liberando o braço e/ou ombro posteriores.

6.1. Manobras em pacientes em posição de litotomia

6.1.1. Manobras de McRoberts e Rubin I

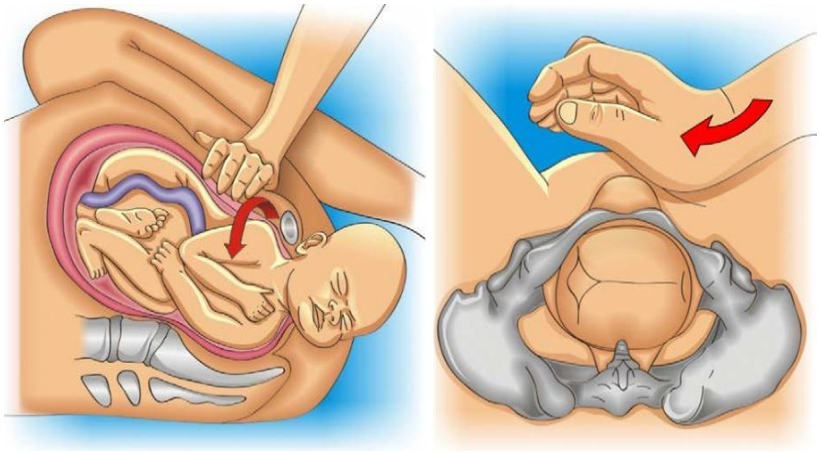
Essas manobras são eficientes e menos invasivas. Na manobra de McRoberts, os membros inferiores são flexionados contra o abdome (hiperflexão das pernas e das coxas), devendo ser previamente removidos quando acomodados em perneiras. A manobra de Rubin I, executada simultaneamente com a de McRoberts, otimiza a liberação do ombro por meio da sua adução. A manobra de Rubin I é realizada por um auxiliar que, posicionado do lado do dorso fetal, realiza uma compressão suprapúbica em direção inferomedial. A compressão deve ser realizada com as mãos espalmadas, posicionadas de forma semelhante à massagem cardíaca. Sob o comando do obstetra que efetua a tração inferior na cabeça fetal, a manobra deve ser iniciada imediatamente antes da manobra cabeça-ombro. [1]

Figura 2 - Manobra de McRoberts



Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

Figura 3 - Manobra de Rubin I

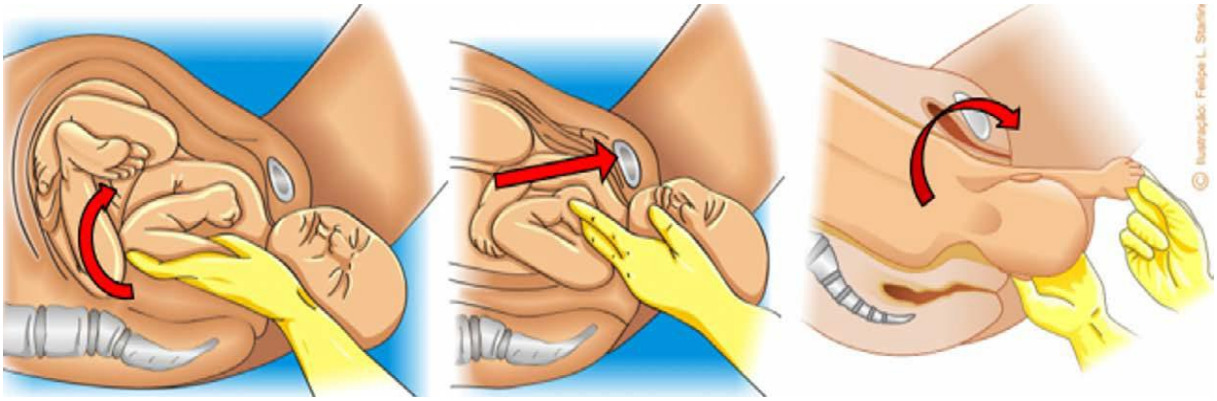


Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

6.1.2. Manobra de Jacquemier

Diante da falha das manobras de McRoberts e de Rubin I, o sequenciamento das manobras deve progredir para o desprendimento completo do braço posterior ou para a liberação do ombro posterior. Embora mais invasiva, a manobra para o desprendimento completo do braço posterior (manobra de Jacquemier) apresenta alta taxa de sucesso na resolução da DO. Primeiramente, a mão é introduzida na vagina, progride através do vazio sacral e apreende o braço posterior, com os dedos posicionados paralelamente ao úmero. Em um segundo tempo, o braço é deslocado adiante do tórax fetal. Se o braço fetal estiver estendido, é necessário executar uma pressão na fossa antecubital para otimizar o deslocamento. Em um terceiro passo, o antebraço e a mão são apreendidos e tracionados para fora da vagina, passando adiante do tórax fetal, promovendo a rotação anterior do tronco fetal e, subsequentemente, a liberação do antebraço, braço e ombro posteriores pelo espaço anterior da pelve materna. [1]

Figura 4 - Manobra de Jacquemier

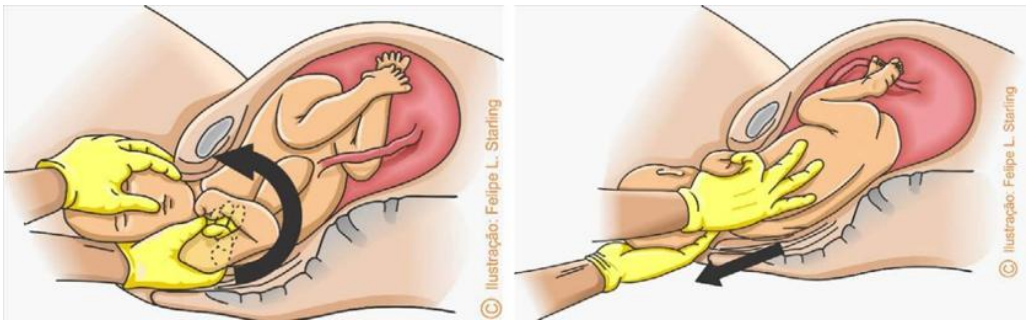


Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

6.1.3. Manobra de Shrug

É uma alternativa eficiente à manobra de Jacquemier. A mão do operador apreende a axila posterior do feto, entrelaçando os dedos polegar e indicador no cavo axilar. A axila é deslocada em direção à cabeça fetal, posicionando o ombro posterior em um nível inferior ao da sínfise púbica. Simultaneamente, a outra mão segura a cabeça do feto. A cabeça e o ombro são girados juntos em 180°, em direção à face fetal, liberando o ombro posterior, anteriormente na pelve. Alocado posteriormente após a rotação do tronco fetal o ombro anterior é o último a se desprender. (1)

Figura 5 - Manobra de Shrug

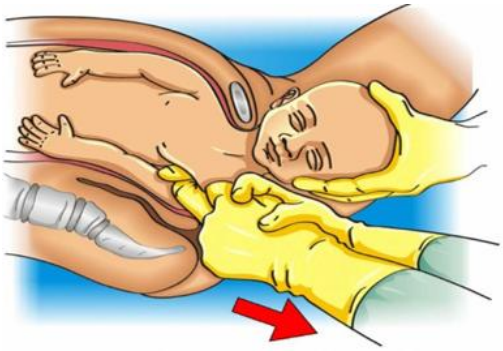


Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

6.1.4. Manobra de Menticoglou

Outra estratégia é executar tração axilar para descida ou liberação do ombro posterior. A manobra é realizada por meio do entrelaçamento dos dedos médios de cada mão do operador na axila posterior do feto. Enquanto um auxiliar flexiona a cabeça fetal em direção ao ombro anterior impactado, o operador introduz o dedo médio da sua mão esquerda no lado direito da pelve materna e o dedo médio direito no lado contralateral. Os dedos são entrelaçados no cavo axilar fetal e uma tração inferior é executada ao longo da curvatura sacral. (1)

Figura 6 - Manobra de Menticoglou



Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

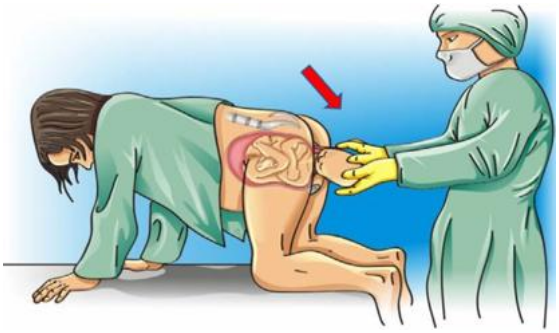
Uma abordagem alternativa para o desprendimento do ombro posterior é realizar a apreensão da axila e tração inferior do ombro com mão única. Nessa situação, o dedo indicador envolverá a axila pelo dorso fetal e o polegar deslizará anteriormente ao ombro. As pontas dos dedos devem tocar-se no cavo axilar fetal. Subsequentemente, a tração inferior é executada.

Diante da falha na abordagem inicial, manobras secundárias devem ser instituídas. As principais são a manobra de Gaskin e as manobras rotatórias internas (Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa). (1)

6.1.5. Gaskin ou em “largada de corrida”

Na manobra de Gaskin, a parturiente é posicionada em “apoio nos quatro membros”. Alternativamente, pode-se adotar a posição de “largada de corrida”, em que o membro inferior homolateral ao dorso fetal será flexionado e deslocado anteriormente à pelve materna, enquanto a outra perna permanece estendida posteriormente. A tração pode ser efetuada em direção inferior (liberação do ombro posterior) ou superior (liberação do ombro anterior). Também podem, opcionalmente, anteceder a tentativa de remoção do braço ou ombro posterior, manobras tecnicamente mais difíceis. (1)

Figura 7 - Manobra de Gaskin



Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

Figura 8 - Manobra de Gaskin na posição de “largada de corrida”



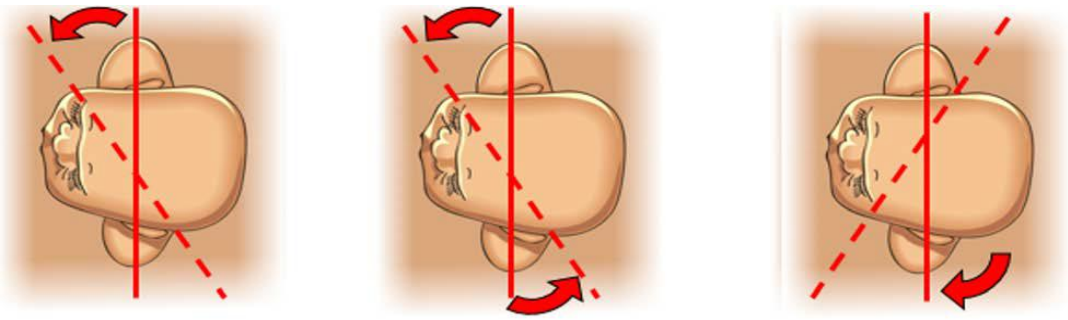
Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

6.1.6. Manobras Rotatórias Internas

As manobras rotatórias internas devem ser aplicadas em sequenciamento:

- **Manobra de Rubin II -** adução do ombro anterior impactado, por meio da manobra de Rubin II. A mão do operador a efetuar a manobra deve ser a do lado correspondente ao do dorso fetal. A mão deve ser introduzida pelo vazio sacral homolateral ao do dorso fetal, ser deslocada superiormente e alocada atrás do ombro anterior impactado, para promover a sua adução. (1)
- **Manobra do Parafuso de Woods -** a mão deve ser posicionada (ou mantida, após a realização da manobra de Rubin II) atrás do ombro fetal anterior enquanto a outra mão é introduzida no vazio sacral contralateral e alocada adiante do ombro posterior. Assim, simultaneamente, a mão superior efetua compressão posterior de adução do ombro impactado e a mão inferior comprime anteriormente o ombro posterior, abduzindo-o e otimizando a tentativa de deslocamento do diâmetro biacromial para o diâmetro oblíquo da pelve. (1)
- **Manobra de Woods reversa -** a mão inferior do operador é removida do trato genital e a mão superior é deslocada inferiormente, alocando atrás do ombro posterior para efetuar a rotação interna do dorso fetal de 180°, invertendo os ombros fetais para uma posição oblíqua de desprendimento. (1)

Figura 9 - Manobra de Rubin II, Parafuso de Woods e Woods reversa, respectivamente.



Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

6.1.7. Manobras de última instância (resgate)

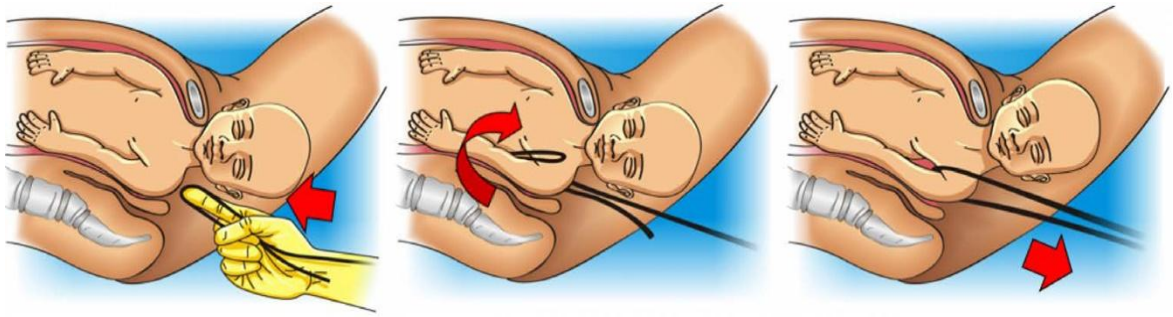
A fratura da clavícula e a extração do ombro posterior com o auxílio de uma tipoia são manobras que podem ser tentadas imediatamente antes das manobras clássicas de última instância (Zavanelli, resgate abdominal e sinfisiotomia). (1)

A clavícula anterior pode ser intencionalmente fraturada, reduzindo o diâmetro biacromial e delivrando o ombro impactado. Na técnica, o operador deve utilizar os dedos para tracionar a clavícula para fora, até que se quebre. O procedimento pode ser tecnicamente difícil e se associar a lesões das estruturas vasculares e pulmonares fetais subjacentes. Entretanto, é um

procedimento menos mórbido do que as manobras de última instância. [5]

O ombro posterior pode ser extraído com o auxílio de uma tipoia aplicada na axila posterior, mas este procedimento pode levar a fratura do úmero. Uma sonda urinária n° 12 ou 14 é dobrada em alça e empurrada por detrás da axila posterior, até ser recuperada no lado contralateral da pelve, anteriormente ao tórax fetal, formando uma tipoia ao redor do ombro posterior. As extremidades da tipoia são apreendidas e uma tração inferior moderada é executada, até a liberação do ombro posterior. A tipoia também pode ser utilizada para promover uma rotação dos ombros em 180°, com o auxílio de uma contrapressão efetuada atrás do ombro anterior. [1]

Figura 10 - Extração de ombro posterior com auxílio de tipoia



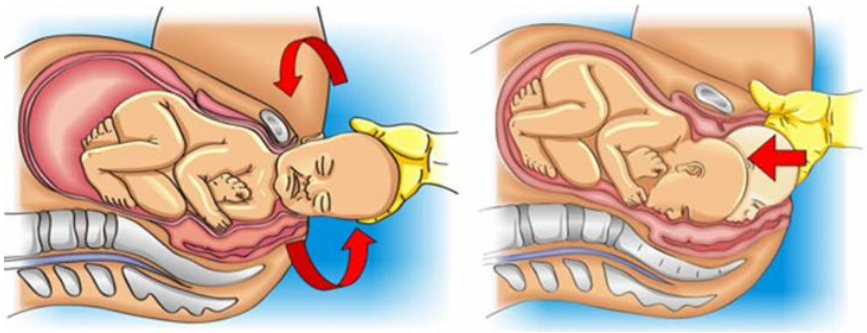
Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

6.1.8. Manobra de Zavanelli

Após relaxamento muscular (sedação) e uterino adequado, a manobra de Zavanelli (Gunn-Zavanelli-O'Leary) reposiciona a cabeça fetal na pelve para uma cesárea subsequente. [1]

O passo inicial é a reversão da rotação externa, posicionando o occipital anteriormente. A seguir, a cabeça é fletida e, por meio de pressão firme exercida com a palma de uma das mãos, empurrada superiormente na vagina, o mais alto possível. A outra mão pode deprimir o períneo simultaneamente, aliviando a compressão do cordão umbilical e facilitando o reposicionamento vaginal da cabeça. [1]

Figura 11 – Manobra de Zavanelli



Fonte: FEBRASGO, 2022 (Ilustração de Felipe Lage Starling).

6.1.9. Resgate abdominal

A parturiente é submetida a laparotomia e histerotomia para a rotação manual transabdominal do ombro anterior. Efetuada a rotação do diâmetro biacromial para o diâmetro oblíquo da pelve, a extração fetal é realizada por via vaginal por outro operador. (1)

Apesar de poder salvar vidas, a sinfisiotomia deve ser uma manobra de exceção, devido à falta de evidências quanto a sua eficácia e segurança, assim como pelas possíveis morbidades associadas, particularmente a instabilidade pélvica. A divisão cirúrgica da cartilagem da sínfise púbica amplia a abertura pélvica, desobstruindo o ombro. (1)

Foi proposto o Mnemônico ALEERTA para o manejo da DO em parturientes posicionadas sob litotomia no momento do parto:(1)

Quadro 1 - Mnemônico ALLERTA para o sequenciamento de manobras no tratamento da DO.

A	Chamar **A**juda; **A**visar a parturiente; **A**nestesista a postos
L	**L**evantar os membros inferiores em hiperflexão (McRoberts)
E	Pressão suprapúbica **E**xterna (Rubin I)
E	Considerar **E**pisiotomia
R	**R**emover o braço posterior (Jacquemier)
T	**T**oque para manobras internas (Rubin II, Woods, Woods reversa)
A	**A**lterar posição para quatro apoios (Gaskin)

6.2. Manobras em pacientes em posições verticais

Para pacientes em posições supinas, com liberdade de movimentação e o prévio posicionamento da paciente em posições já com alguma flexão de membros inferiores, o sequenciamento das manobras para solução da DO pode ser diferente, visando evitar a perda adicional de tempo para reposicionar a paciente. (1)(2)

O mnemônico A SAÍDA foi proposto para o sequenciamento de manobras no tratamento da distocia de ombro nas posições verticais. (2)

Quadro 2 - Mnemônico A SAÍDA para o sequenciamento de manobras no tratamento da DO em posições verticais

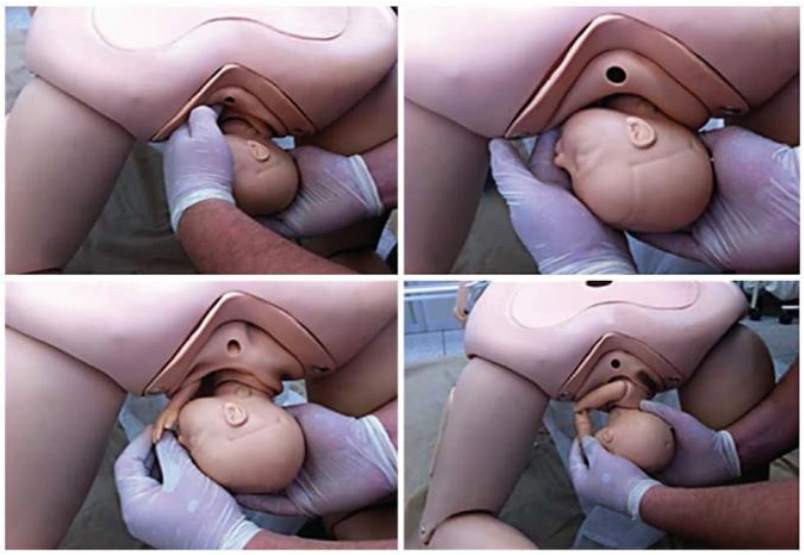
A	Chamar **A**juda; **A**visar a parturiente; **A**nestesista a postos; **A**umentar o agachamento (McRoberts Modificada)
S	Pressão **S**uprapúbica externa (Rubin I)
A	**A**lterar a posição para quatro apoios (Gaskin)
Í	Manobras **I**nternas (Rubin II, Woods, Woods reversa)
D	**D**esprender o braço posterior
A	**A**valiar manobras de resgate

Figura 12 - Sequenciamento inicial das manobras do mnemônico A SAÍDA. Aumentar o agachamento, pressão suprapúbica e alterar posição (posição quatro apoios).



Fonte: Adaptada de Amorim et al. FEBRASGO, 2022.

Figura 13 - Sequenciamento intermediário das manobras do mnemônico A SAÍDA. Manobra de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa.



Fonte: Adaptada de Amorim et al. FEBRASGO, 2022.

7. COMPLICAÇÕES

As complicações maternas graves mais comuns são a hemorragia pós-parto (atonia uterina e lesões do trajeto) e as lacerações perineais complicadas. Outras complicações incluem a diástase da sínfise púbica, as lesões do trato urinário (uretra e bexiga) e a neuropatia cutânea femoral lateral transitória, secundária à manobra de McRoberts. As manobras de última instância podem se associar mais a rotura uterina, diástase da sínfise púbica e lesões do trato urinário. [1]

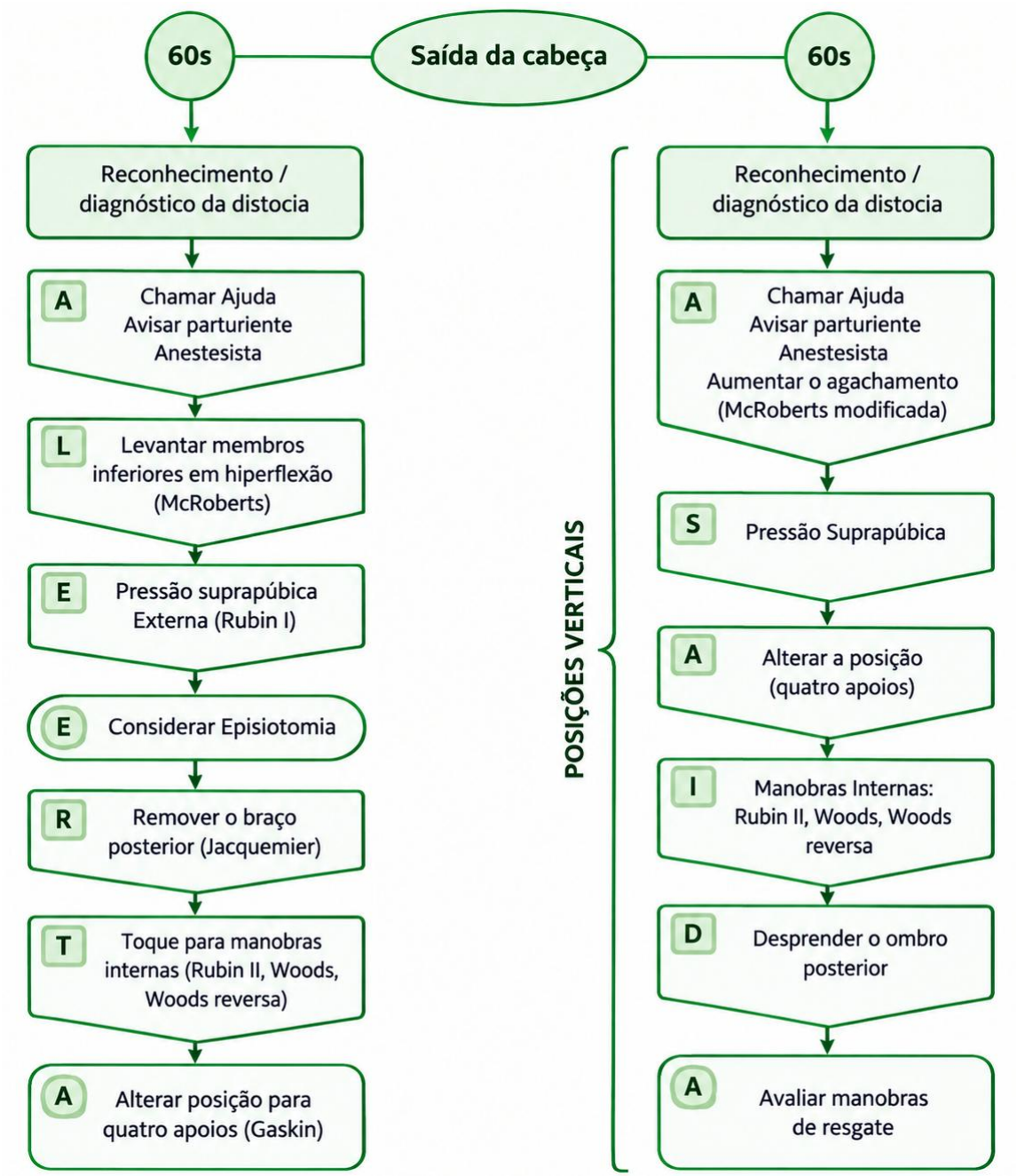
As lesões neonatais incidem em 5% das distocias de ombro e podem ocorrer mesmo quando o tratamento é adequadamente instituído. A força excessiva na cabeça fetal simultânea à impactação do ombro promove o estiramento dos nervos do plexo braquial, com potencial agravamento das lesões determinado pelas manobras de delivramento executadas. Ainda, a compressão do cordão umbilical e do pescoço fetal e a estimulação vagal excessiva são eventos que resultam em asfixia neonatal.

A complicação neonatal mais frequente é a lesão do plexo braquial. O estiramento do plexo braquial é significativamente mais incidente quando três ou mais manobras são realizadas. As lesões nas raízes C5 e C6 ou em C5, C6 e C7 (paralisia de Duchenne-Erb) são de melhor prognóstico e se recuperam dentro de seis meses em mais da metade dos infantes. Já as lesões envolvendo todas as raízes de C5 a T1 se restabelecem em cerca de 14% dos casos. Outras complicações neonatais graves são as fraturas da clavícula e do úmero, pneumotórax, encefalopatia hipóxico-isquêmica e óbito neonatal. [1]

8. DESCRIÇÃO ADEQUADA (PRONTUÁRIO)

A documentação adequada dos eventos é extremamente importante e deve incluir: fatores de risco, peso estimado antes do parto, anormalidades do trabalho de parto, horário da saída da cabeça e do corpo, membros da equipe que participaram da assistência – incluindo o tempo gasto até a chegada de cada um deles na cena de parto –, episiotomia, anestesia, registro de qual ombro estava impactado e quais foram as manobras de delivramento (detalhar conforme o sequenciamento ocorrido). Também devem ser relatados a perda sanguínea, os detalhes da revisão do canal de parto, o índice de Apgar, gasometria do cordão umbilical (se houver) peso e avaliação do recém-nascido. [1][5]

9. FLUXOGRAMA COM DOIS ALGORITMOS



Proceder o registro em prontuário: horário da saída da cabeça e do corpo, membros da equipe que participaram da assistência – incluindo o tempo gasto até a chegada de cada um deles na cena de parto –, episiotomia, anestesia, registro de qual ombro estava impactado e quais foram as manobras de delivramento (detalhar conforme o sequenciamento ocorrido). Relatar a perda sanguínea, os detalhes da revisão do canal de parto, o índice de Apgar, gasometria do cordão umbilical (se houver) peso e avaliação neonatal.

Fonte: próprio autor.

Publicação: Portaria nº 110, de 23 de outubro de 2026 – Boletim de Serviço nº 753 de 05 de novembro de 2026.

10. REFERÊNCIAS

1. Alves AL, Nozaki AM, Polido CB, Knobel R, FEBRASGO Position Statement: Manejo da Distócia de Ombro. Número 7, julho de 2022.

2. Amorim MM, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML. Distocia de ombro: Proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. FEMINA. 2013:41(3):115-24.

3. YEOMANS, Edward R.; HOFFMAN, Barbara L.; GILSTRAP, Larry C. et al. Cirurgia obstétrica de Cunningham e Gilstrap: procedimentos simples e complexos. Porto Alegre: ArtMed, 2019. Ebook. ISBN 9788580556131. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580556131.

4. HOSPITAL CLÍNIC; HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU; UNIVERSITAT DE BARCELONA. Protocolo: distocia de hombros. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2019. Disponível em: https://www.medicinafetalbarcelona.org. Acesso em: 23 set. 2025.

5. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Diagnóstico e Manejo da Distócia de Ombros: Procedimento Operacional Padrão — PRT.HC-UFTM-UMUL.006, versão 1, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prt-hc-uftm-umul-006-diagnostico-e-manejo-da-distocia-de-ombros.pdf. Acesso em: 09 jan. 2026.

6. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Principais questões sobre segundo período do trabalho de parto. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 24 set. 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-segundo-periodo-do-trabalho-de-parto/.

7. JAKUBOWSKI, Peter et al. Shoulder dystocia: guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/098, 10/2024). Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Stuttgart, v. 85, n. 2, p. 169–189, 2025. DOI: 10.1055/a-2490-2756. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11802195/.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	05/10/2026	Elaboração do protocolo

Elaboração Késia Nina Caetano Silva Marestegão Crislaine da Silva Nantes	Data: 05/10/2026
Validação Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 21/10/2026
Aprovação Alline Cristhine Cerchiari Menon – Chefe do STESP Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	 Data: 21/10/2026 Data: 23/10/2026

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.015807/2026-31